EIN BEITRAG ZUR LEHRE DER

LEUKAEMIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

K. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT VON

MATTHÄUS TRIEBENSTEIN

PRACT. ARZT

AUS **BEBRA** (HESSEN-NASSAU).

HERSFELD.

EDUARD HOEHL's BUCHDRUCKEREI

1885.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549819_0160

Jn unseren Lehrbüchern finden wir bis dahin unter dem Titel „Leukämie“ die verschiedensten Zustände zusammengefasst; es ist einmal nach Virchow von einer linealen und einer lymphathischen Leukämie die Rede, wozu noch nach Neumann die myelogene Form gekommen, und heisst es, dass alle diese 3 Formen der Leukämie in einem und demselben Individuum beobachtet werden können und dient es zur Unterstützung der Diagnose, wenn man neben der Vermehrung der weissen Blutkörperchen eine geschwollene Milz und neben der geschwollenen Milz auch noch geschwollene Drüsen palpiren kann.

Das ganze Gebiet und die Lehre der Leukämie erscheint nach den neueren Forschungen über Tuberculose, namentlich Knochen- und Lymphdrüsentuberculose einer totalen Umwandlung zu bedürfen und können wir wohl den Namen „Leukämie“ als Sammelnamen auffassen, der wahrscheinlich bald präciseren Auffassungen und praeciseren Namen zum Opfer fallen wird, und jedenfalls noch unterstützt wird diese meine Hypothese werden, wenn man darangeht, bei jeder Erkrankung der drüsigen Unterleibsorgane, mag es nun Leber, Milz, Pankreas oder mögen es die Lymphdrüsen des Mesenteriums sein oder die übrigen Lymphdrüsen betreffen, genauer die Zahl der weißen zu den rothen Blutkörperchen zu prüfen, was bis jetzt noch nicht in jedem Falle exact geschehen zu sein scheint. Mir erscheint es nach einem Falle, den ich soeben in der Praxis beobachtet habe, mehr als

wahrscheinlich, dass das bis dahin für „Leukämie“ den Ausschlag gebende diagnostische Hülfsmittel „die unter dem Mikroskop nachweisbare Vermehrung der weissen Blutkörperchen gegenüber der Zahl der rothen“ nicht mehr von dem Werthe sein wird, wie bisher, wenn wir practischen Aerzte uns mehr daran machen, das Blut eines jeden Kranken unter dem Mikroskop auf seine Beschaffenheit zu prüfen, denn dann würde es sich zeigen, dass bei den mannigfachsten Erkrankungen das Quantitätsverhältniss der weissen und rothen Blutkörperchen gegen einander verschoben ist. Dieser Fall, auf den ich die eben angegebene Ansicht stütze, ist so eclatant, dass ich nicht umhin kann, ihn zu veröffentlichen und als Erstlingsarbeit der gütigen Beurtheilung der hohen medicinischen Facultät zu unterbreiten.

Die Krankengeschichte dieses Falles ist folgende:

Eberhard Pfaff, 25 Jahre alt, aus angeblich gesunder Familie stammend, trat in die Behandlung ein den 7. Mai dieses Jahres. Schon längere Zeit vorher hatte er gekränkelt und lässt sich nach Allem der Anfang seines Leidens als im Januar d. J. beginnend annehmen. Den Nachbarn, seiner Frau etc. fiel eine grosse Blässe auf, er selbst fühlte sich matter, nicht mehr zum Arbeiten aufgelegt; der Appetit war dabei noch leidlich, Schmerzen und bestimmte Krankheits-Erscheinungen fehlten. Allmählich steigerte sich das Gefühl der Schwäche und trotz aller Energie vermochte der sonst so willenskräftige Mann circa Mitte April seinem Wagnergeschäft nicht mehr nachzukommen; er fühlte eine grosse Schwere im Leib, selbst Schmerzen in der linken Bauchgegend, war dabei sehr kurzathmig geworden, auch waren Nasenblutungen in geringerem Grade hier und da eingetreten. Mit diesen Symptomen suchte Patient zuerst meine Hilfe auf.

Bei der Untersuchung fand sich folgendes:

Eine mittelgrosse, eher schmale Figur mit mässigem Brustkorb, mit schmutzig grauer Färbung der Haut, namentlich des Gesichtes; Lippen mässig geröthet. Puls voll und frequent, circa 90 bis 100 per Minute. Unterleib stark aufgetrieben. In der linken Seite fand sich bei der Percussion in der Axillarlinie circa am oberen Rande der VI. Rippe beginnend absolute Dämpf-

ung, die beim Herunterpercutiren in der Axillarlinie verfolgt bis in die Inguinalgegend herunter ging. In der Richtung von links nach rechts zeigte sich die Dämpfung an der Wirbelsäule beginnend und reichte in der unter dem Nabel liegenden Partie des Unterleibs in der ganzen Ausdehnung bis zur Inguinalgegend bis an die linea alba; in der über dem Nabel liegenden ging sie weiter im rechten Hypochondrium bis an die andere Seite der Wirbelsäule. Bei der Percussion der rechten Mamillar- und Axillargegend zeigte sich die Dämpfung ebenfalls von der VI. Rippe beginnend und ging in dem rechten Hypochondrium etwa noch 2 Querfinger breit unter die Ebene, die man sich durch den Nabel horizontal gelegt denken kann.

Bei der Palpation fand sich eine abgrenzbare Härte, die etwa drei Querfinger von der Symphyre nach aussen bis zum linken Rande der linea alba hinaufstieg und diese Linie einhaltend bis zum Nabel in eine andere daranschliessende harte Masse überging, die nach aussen und rechts verlaufend, 4 Centimeter vom Nabel noch etwa 2 Querfinger weiter herunter reichend dann in der Höhe von 2 Querfinger über der crista ilei nach der Wirbelsäule hinlief. Die Ränder waren gleichartig zu fühlen, nicht scharf, sondern stumpf und in der Parthie, die auf der linken Seite fast bis zum Ligamentum Ponparti herunterreichte, zeigten sich tiefe sinusartige Einkerbungen. Ging man palpirend nach der linken Nierenparthie, so fühlte man die Härte gleichmässig weiter nach hinten gehend und den ganzen Raum zwischen Rippenbogen und crista ilei ausfüllend und erst circa 3 Querfinger von der Wirbelsäule entfernt einen undeutlich fühlbaren, gleichmässig harten Rand, und kam es mir vor, als ob bei Druck auf diesen harten Rand die im linken unteren Hypochondrium liegende Geschwulst bewegt würde. Die ganze Geschwulstmasse fühlte sich bei der Palpation nicht höckerig, sondern gleichmässig fest und derb an. Schmerzen waren bei Druck nicht vorhanden. Icterus fehlte; Harn reagirte sauer, ohne Eiweiss.

Die Untersuchung der Lunge ergab normale Resultate, nur reichten die unteren Ränder nicht soweit herab als normal. Eine Veränderung dieser Percussionserscheinungen trat bei Lagever-

änderung nicht ein. Herzdämpfung erschien nach oben normal, liess sich nach unten nicht abgrenzen; der Spitzenstoss in der Mamillarlinie fühlbar, mässig kräftig. Bei der Auscultation zeigten sich die Töne normal.

Appetit war mässig; breiige Durchfälle mehrere des Tags; die Zunge nicht belegt. Die Temperatur schwankte zwischen 37,5 des Morgens und der höchsten Temperatur, die beobachtet wurde, 39,6 des Abends. Regelmässig war die Temperatur des Morgens 37,5 und Abends 38,6.

Bei der vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung mehrerer Blutproben fand sich die Zahl der weissen Blutkörperchen colossal vermehrt, sodass im Gesichtsfeld mehr als der dritte Theil von diesen eingenommen war.

In der weiteren Beobachtung zeigte sich der oben beschriebene Tumor im linken Hypochondrium immer derber und härter werdend; die sinusartigen Einschnürungen traten mehr hervor und die Ränder des Tumor fühlten sich weniger kantig, dagegen immer rundlicher an. Dabei nahm die Grösse nicht zu, sondern im Gegentheil ab, und zwar so, dass der Tumor, der früher an die linea alba hinreichte, circa 1 Centimeter von dieser Linie nach links abstand und bis zum Tode diesen Stand beibehielt. Nach oben hin weiter fühlend, wo anfänglich der nach rechts reichende Tumor fast gleichartig abging, zeigte sich eine Veränderung in der Weise, dass von der linea alba und zwar der Gegend des Nabels ab nach der Axillarlinie schräg nach aussen und oben verlaufend eine härtere Masse von dem nach rechts hingehenden harten Gebilde sich abgrenzen liess, welche beim Betasten sich in einer Continuität mit dem bis zur Symphyse reichenden Tumor zeigte und gewissermassen auf der nach rechts hin verlaufenden Härte lag.

Die nach rechts verlaufende Geschwulst zeigte conform mit dem Kleinerwerden der Milz eine Grössenabnahme. Die Dämpfungsgrenzen rückten hinauf, doch war sonst in den Consistenzverhältnissen keine Veränderung nachweisbar. — Mit dem nach dem Ende zu auftretenden Ascites und der dadurch bedingten grösseren Auftreibung des Leibes erschienen sie noch

etwas höher hinaufgerückt. Der in der linken Seite befindliche Milztumor wurde immer beweglicher und fühlte man mit der Abnahme der Musculatur den hinteren Rand deutlich neben dem quadratus lumborum; bei Druck auf diesen Rand, der seiner Consistenz und äusseren Beschaffenheit nach dem vorderen Rand der Milz total entsprach, konnte man das ganze Organ mehr in die Höhe heben als anfangs und es um einen auch 1½ Centimeter verrücken.

Nasenblutungen kamen öfter vor; die Kurzathmigkeit wurde immer grösser und es war nur möglich, dem Patienten Ruhe zu verschaffen durch Opiate, namentlich durch Morphiumeinspritzungen, von denen er täglich und zwar Abends eine bekam.

Durchfälle waren bald mehr bald weniger vorhanden; Consistenz war breiig, die Farbe in Folge des vielen Milchgenusses etwas heller als gewöhnlich. Der Urin hat seine Beschaffenheit bis zum Tode nicht geändert.

Die Gesichtsfarbe blieb ziemlich gleichmässig grau und war der Ausdruck stets der eines schwer Erkrankten. In den letzten Tagen, circa 2 Tage vor dem Ende, nahm die Farbe mehr eine graugelbe Beschaffenheit an und zeigte sich die Conjunktiva bulbi auch etwas gelb gefärbt; im Urin war der Nachweis an Gallenfarbstoff nicht möglich.

Die Abmagerung und die Erschlaffung der Muskulatur wurde immer beträchtlicher und klagte Patient namentlich über eine derartige Schwäche in den Beinen, dass ihm fast unmöglich war, 14 Tage ante mortem noch darauf zu stehen. Fortlaufend mit der Abnahme der Kräfte traten Ascites und Oedeme der unteren, dann der oberen Extremitäten auf. Die inneren Höhlen füllten sich ebenfalls; wie schon oben erwähnt, trat mässiger Ascites neben Schwellung der Bauchdecken auf. Die Pleurahöhle füllte sich gegen Ende hin ebenfalls mässig; die Dämpfungsgrenze ging immer höher bis zur 9. Rippe, ohne dass man hätte sagen können, dass dieses Höherrücken der Dämpfung von der Erkrankung der Unterleibsorgane abhing. — Auch die Herzdämpfung erschien beträchtlicher, jedenfalls von einem pericardialen Erguss herrührend. Die sicht- und fühlbaren Lymphdrüsen

waren in keiner Weise vergrössert. So trat dann unter rasch fortschreitender Abnahme der Kräfte der Tod unter den Erscheinungen der Herzlähmung ein.

Die Section, welche nach 24 Stunden post mortem gemacht wurde, ergab folgendes: Todtenstarre vorhanden; Leichnam sehr stark abgemagert, die Haut war grau-gelblicher Färbung; mehrere Todtenflecke zeigten sich auf der Rückenfläche. Bei dem Einschneiden mit dem Messer zeigte sich die Musculatur ziemlich roth, dabei sehr geschwunden. Bei dem Einschnitt in die Bauchhöhle entleerte sich eine Menge klarer Flüssigkeit, desgleichen bei der Entfernung des Manubrium sterni mit den Knorpeln der Rippen aus der Pericardial- und Pleurahöhle. Die Menge war so beträchtlich, dass dies nicht mehr als Leichenerscheinung, sondern als intra vitam vorhandene Transsudationsmassen aufzufassen waren. Die Lunge, von normaler Färbung, zeigte auf beiden Seiten sich gleichmässig eingefallen und beim Durchschnitt eine durchaus normale Beschaffenheit. Das Herz erschien sehr klein, fühlte sich sehr schlapp und matsch an und zeigte beim Einschnitt die Musculatur eine bräunliche Beschaffenheit und eine sehr geringe Wandstärke. — Die beiden Ventrikel waren mit wenig Blutgerinseln gefüllt; sonst war am Herzen nichts abnormes zu finden.

Nach der Entfernung der Brustorgane, mit dem Freiwerden des Unterleibs zeigten sich hier sehr hervortretend Leber und Milz. Characteristisch erschien die verschiedene Färbung beider Organe, die Milz unter einem fast weiss zu nennenden Ueberzuge braun-röthlich durchschimmernd, die Leber von einer mehr gelb-hellbräunlichen Färbung.

Die Milz, welche zuerst entfernt wurde, liess sich nicht ganz glatt von ihren Nachbarorganen abheben, sondern war hier und da adhaerent, namentlich auch mit dem total degenirten Omentum majus und dem Magen leicht verwachsen. Der Ueberzug der Milzkapsel war verdickt, nicht abziehbar; die Milz selbst colossal vergrössert in der Länge 31 cm., in der Breite 19 cm. in der Dicke 9 cm. Die am Lebenden gefühlten sinusartigen Einschnürungen waren bei der Autopsie recht deutlich. Die

Härte der Milz war bedeutend; es liess sich mit dem Finger nicht eindrücken. Beim Durchschnitt zeigte sich das Organ ebenfalls auf seiner Schnittfläche sehr hart, nicht zerreisslich, die Malpighii-schen Körperchen wenig hervortretend. Das Milzgewebe zeigte eine sehr verschiedenartige Beschaffenheit und Farbe beim Durchschnitt. Es zeigten sich mehrere keilförmige, nach der Oberfläche sich stark verbreiternde Herde von schmutzig-gelber Beschaffenheit, daneben und dazwischen noch kleinere von derselben Formbeschaffenheit, aber anderer Färbung, und zwar war hier die Farbe eine noch deutlicher geröthete als die des umgebenden Milzgewebes. Diese keilförmigen Herde zeigten sich beim Darüberfühlen tiefer liegend als das vorher beschriebene übrige Milzgewebe. Nach der Milzoberfläche hin waren die über diesen keilförmigen Herden liegenden Parthien des Milzüberzuges verdickter und weisser. Die Spitze dieser Herde ging nach dem Hilus der Milz hin. Bei der näheren Untersuchung liessen sich in den Gefässen keine Thromben oder Emboli finden und doch machten diese Herde ganz den Eindruck von Infarcten. Das von den Herden freie Milzgewebe war, wie schon oben beschrieben, sehr hart und zeigte ganz die Resistenz von Lebergewebe.

Die Leber war leicht zu entfernen, nicht adhaerent mit ihrer Umgebung, sehr gross; Breite 26 cm., Tiefe 11 cm., Länge 29 cm. und zeigte beim Durchschnitt eine noch hellere Farbe als ihr Ueberzug, und erschien das Innere der acini von einer sehr mattbraunen Farbe, die äussere Umgebung dagegen, also das Interstitialgewebe, erschien viel stärker als normal, von einer weissgelblichen Beschaffenheit und über das Innere der acini hervorragend. Die Nieren waren nicht vergrössert und boten dem Auge nichts besonderes. Die Nierenkapsel liess sich sehr leicht vom Organ abziehen. Das Pancreas erschien gesund; Blase und Intestina ohne krankhafte Veränderung.

Die Knochen boten beim Durchschneiden mit der Knochenscheere keine Veränderung ihres Markes.

Die Hirnsection wurde nicht ausgeführt, da mit grosser Wahrscheinlichkeit eine krankhafte Beschaffenheit dieses Organs ausgeschlossen werden musste.

Dieses der Befund am Lebenden, der Verlauf der Krankheit und der Befund am Todten.

Die Diagnose:

Nach der ganzen Erscheinung der colossal angeschwollenen Milz, deren Oberfläche sich als eine glatte zeigte, deren Furchen deutlich ausgeprägt waren, der dabei mitvorhandenen Lebervergrösserung, den Erscheinungen der Cachexie des Patienten und ferner, was die Hauptsache ist, des mikroskopischen Befundes des Blutes liess mit Bestimmtheit „Leukämie" annehmen, obgleich manche Erscheinungen, namentlich das remittirende Fieber, wenn es auch nach verschiedenen Autoren bei Leukämie vorkommen soll, so constant und so auffällig hohe Temperaturgrade erreichte dagegen sprechen.

Aber was sollte es sein?

In Betracht kamen bei Stellung der Diagnose: Carcinom und Cirrhose der Leber, Carcinom der Milz und einfache Milzentzündung.

Für Splenitis resp. Perisplenitis sprach nur die Grösse des Organs, vielleicht auch die Consistenz und das remittirende Fieber; doch waren die sonst vorhandenen Schmerzen nur in geringem Grade und nur vorübergehend vorhanden; ferner sprach die Anschwellung der Leber, die meines Wissens nach niemals bei einer einfachen Splenitis beobachtet ist, die Vermehrung der weissen Blutkörperchen und das Fehlen des aetiologischen Momentes als Intermittens und sonstige traumatische Einwirkungen dagegen.

Für Carcinom der Milz sprach auch ebenfalls die Grösse des Organs, das cachectische Aussehen des Kranken und das remittirende Fieber; doch fehlten zum Nachweis eines carcinomatösen Tumor die unebene und höckerige Beschaffenheit der Milz und des gleichzeitig miterkrankten Organs, der Leber.

Es hätte also nur noch Cirrhose der Leber sein können, da ja eine jede sonstige Vergrösserung der Milz in Folge Fehlens anamnestischer Momente auszuschliessen war.

Bei Cirrhose der Leber findet sich manchmal eine auffällige Vergrösserung der Milz; von vornherein zeigen die Kranken das Aussehen, wie es bei unserem Kranken beobachtet wurde, und war

ich in der weiteren Beobachtung des Falles, namentlich bei der Beobachtung des eigenthümlichen Hart- und Kleinerwerdens der Milz und bei der Beobachtung der Verkleinerung der Leber mit ihrer geringen Resistenzzunahme sehr geneigt, den ganzen Prozess als einen cirrhotischen aufzufassen. Doch hielt mich die Betrachtung verschiedener Momente davon ab: namentlich fehlte mir das aetiologische Moment, der Uebergenuss des Branntweins, ferner ist bei Cirrhose selten Fieber beobachtet worden und was hauptsächlich ins Gewicht fiel, bei Cirrhose ist bis dahin meines Wissens noch nicht eine derartige Vermehrung der weissen Blutkörperchen beobachtet worden, wie sie in unserem Falle vorhanden war. Und war es das Letztere, was selbst bei der grossen Hinneigung meinerseits, eine Cirrhose anzunehmen, mich nach schulgemässer Auffassung dazu brachte, die Diagnose:

„leukämischer Milztumor“

zu stellen.

Selbst in den letzten Tagen, wo sich ein Hauticterus zu den übrigen Erscheinungen gesellte, konnte ich von der Diagnose „Leukämie“ nicht Abstand nehmen, denn nach der Beobachtung und Aufzeichnung anderer Autoren, namentlich von Mosler, finden sich gleiche icterische Erscheinungen aufgezeichnet. Trotz meines genauen Eingehens und Hin- und Herüberlegens betreffs Feststellung der Diagnose, trotzdem, dass ich alle Momente und Erkrankungserscheinungen so gut wie möglich verwerthet zu haben glaubte, fand sich doch das, was ich als bestimmt vorausgesetzt hatte, nach dem Tode nicht. Es war doch eine Cirrhose, wie ich sie während des Lebens schon gern aufgestellt hätte, wenn mich nicht das sonst so sicher führende Mikroskop diesmal irre geführt hätte. — Schon auf den ersten Blick erkannte ich meinen Irrthum beim Durchschneiden des pectoralis major. Derselbe hatte eine so schöne rothe Farbe, dass mir beim Anblick dieser schon die Sicherheit betreffs der gestellten Diagnose „Leukämie“ genommen war. Auffällig ist allerdings die Beobachtung der blassen Lippen und des post mortem rothen Muskelfleisches, auffällig, dass bei so vermehrter Anzahl der weissen Blutkörperchen das Muskelfleisch doch noch eine so schöne rothe Farbe bewahren kann,

Der ganze Befund, wie oben beschrieben, stimmt mikroskopisch total mit dem Bild einer acut verlaufenen Cirrhose der Leber überein. Man fand die Leberacini einzeln sehr hervortretend, vergrössert, das Interstitialgewebe stark verdickt, das centrale Gewebe eingesunken, die Farbe der Leber dabei hellgelber, das Interstitialgewebe fast weiss zu nennen, also übereinstimmend mit dem Bilde der Cirrhose der Leber, welche vor dem II. Stadium steht. Die Milz ist allerdings stark vergrössert gewesen, so vergrössert, wie man sie bei Cirrhose nicht oft findet; aber es sind doch noch genug Fälle aufgezeichnet und namentlich von Bamberger ist darauf hingewiesen, dass unter Umständen die Vergrösserung der Milz eine enorme sein könne. Die Milz zeigte nicht das Bild einer lymphatischen Milz, auch nicht mikroskopisch, namentlich waren die Malpighii'schen Körperchen nicht vergrössert und traten nicht hervor. Es fehlten der Leber sowohl wie der Milz die leukämischen Neubildungen von lymphadenoidem Gewebe, sondern beide Organe fanden sich im Gegentheil gleichmässig hart und das einzige, was vielleicht dafür hätte sprechen können, war der Befund, wie ihn Virchow auch beschrieben hat, nämlich das Auftreten mehr oder weniger ausgebreiteter Herde von dichter Beschaffenheit gegen die äussere Oberfläche, in denen ich mit Virchow alle Charactere frischer und älterer hämorrhagischer Infarcte nachweisen konnte. Diese hämorrhagischen Infarcte sind aber unmöglich als ein Characteristicum einer leukämischen Milz aufzufassen, sondern wohl nur als die Folgeerscheinungen einer gestörten Circulation hinzustellen. Dass die Circulation bei Leukämie wie bei Cirrhose der Leber mit Hindernissen zu kämpfen hat, ist wohl klar und fasse ich den Befund dieser Infacte eben auch nur als Ausdruck der vorhanden gewesenen Circulationshindernisse auf und nicht als eine der Leukämie allein zuzuschreibende Erscheinung.

Ferner fehlte ein jedes sonstige Symptom; nicht eine Drüse zeigte sich vergrössert, selbst nicht die in der Nähe liegenden Mesenterialdrüsen und Retroperitonealdrüsen; ferner war auch die Erkrankung des Knochenmarks nicht nachweisbar; bei der Durchschneidung der Rippen fand sich, wie oben erwähnt,

nichts abnormes. Nach dem Befunde post mortem musste ich die Diagnose stellen:

„Acut verlaufende Cirrhose mit grossem Milztumor“.

Der Grund des raschen Verlaufes liegt in der Beschaffenheit des Herzens. Wie oben angegeben, war das Herz im Ganzen klein, braun atrophisch, die Dicke seiner Wandungen eine sehr geringe. Die Grösse des Herzens entsprach fast der, wie man sie bei mittelmässig entwickelten Kindern von 14 Jahren findet.

Dieses kleine athrophische, braun degenerirte Herz war nicht im Stande, die Hindernisse, die der beginnende cirrhotische Process in der Leber setzte, zu überwinden, daher denn auch die Stauungen in der Milz, daher die hämorrhagischen Infarcte derselben und daher lässt sich auch erklären, dass die Cirrhose der Leber nicht den gewöhnlichen Abschluss fand. Das II. Stadium der Lebercirrhose war erst im Beginn; zur Granularleber und Granularatrophie ist es nicht gekommen, weil eben die ganze Beschaffenheit des Mannes, seine ganze Ernährungsweise und wie schon oben erwähnt, sein Herz ein zu decrepides war, um die verschiedenen Circulationshindernisse zu überwinden. Daher denn das rasche Auftreten der Oedeme der unteren Extremitäten, des Gesichts, der oberen Extremitäten, des Ascites, des Hydrothorax und des Hydropericardiums; also zu einer compensatorischen Hypertrophie des Herzens war es nicht nur nicht gekommen, sondern das Gegentheil war eingetreten.

Jedenfalls ist dieser Fall sehr lehrreich und lässt uns jene Fälle von Leukämie, wie sie Mosler und andere beobachtet haben, bei denen ebenfalls gegen Ende Icterus auftrat, mit diesem Falle identificiren und legt uns die Vermuthung nahe, dass auch bei Cirrhose der Leber eine leukämische Blutbeschaffenheit namentlich dann sich reichlich findet, wenn eben diese Cirrhose mit colossalem Milztumor verläuft. Deswegen veröffentliche ich diesen Fall, um damit zu weiteren Beobachtungen anzuregen, ob nicht gewisse Formen der Leukämie und des leukämischen Milztumors, wenn sie mit Leberschwellung und Icterus verlaufen, ganz aus dem Gebiet der Leucocythaemie auszuschliessen sind, namentlich, wenn jede sonstige Veränderung in den Lymphdrüsen, weder eine

Vergrösserung noch sonstige Formveränderung, weder intra vitam noch post mortem sich feststellen lässt.

Ferner möchte ich dazu beigetragen haben, dass man auch bei klaren, cirrhotischen Processen das Blut unter dem Mikroskope auf die Anzahl der weissen und rothen Blutkörperchen untersuche.

Das ganze Bild dieses Falles hat etwas Frappirendes. Um noch einmal kurz zu recapituliren: ein grosser anfänglich etwas weicher, später mehr harter Milztumor, dabei eine Vergrösserung der Leber und eine absolute Vermehrung der weissen Blutkörperchen unter dem Mikroskop, die mit Sicherheit einen leukämischen Tumor annehmen liessen und doch fehlte post mortem eigentlich alles, was die mit so grosser Sicherheit intra vitam gestellte Diagnose hätte bestätigen müssen. Es fehlte post mortem vor allen Dingen das lymphadenoide Gewebe in der Milz, in der Leber, in den übrigen Lymphdrüsen, in den Knochen. Dass sich nicht das volle Bild der Cirrhose fand, die Granularleber, dies ist nur die Folge der schwachen Herzbeschaffenheit, welche den Tod so rasch herbeiführte. —

Sehr freuen würde es mich, wenn diese meine Beobachtung freundlich aufgenommen würde und vielleicht den Anlass dazu gäbe, dass unsere klinischen Forscher uns weitere Unterscheidungsmerkmale der verschiedenen Arten der Leukämie, des leukämischen Milztumors und der Lebercirrhose verschafften.